

## ГЕСТОЗ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Киселева Н.И.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Гестоз- это тяжелое осложнение беременности, обусловленное несоответствием возможностей адаптационных систем организма матери адекватно обеспечить потребности развивающегося плода. Проявляется синдромом полиорганной и полисистемной недостаточности, развивающимся во время беременности и, как правило, исчезающим после родоразрешения.

В отечественной литературе утвердились термины «чистый» и «сочетанный» гестоз. «Чистые» формы гестоза развиваются у практически здоровых беременных с неосложненным соматическим анамнезом, «сочетанные» - у женщин, имеющих хроническую экстрагенитальную патологию (заболевания почек, сердечно-сосудистой системы, эндокринной и др.). Особенности «сочетанных» гестозов по сравнению с «чистыми» являются раннее начало клинических проявлений, более тяжелое и резистентное к терапии течение.

Частота сочетанных форм гестоза в настоящее время не снижается, а, согласно литературным данным, растет: в 80-ые годы она составляла 7,2-38,8% всех случаев гестоза, в последние годы – 74,5 – 100%. По-видимому, этот рост обусловлен как улучшением качества диагностики, так и ухудшением состояния здоровья женщин. Частота экстрагенитальной патологии у беременных в Республике Беларусь не имеет тенденции к снижению и за последние 5 лет выросла с 70,0 до 75,0%. Анализ заболеваемости беременных за период с 1991 по 2000 гг. показал, что наиболее часто встречаются патология щитовидной железы (35,9%), анемии (29,8%), болезни мочеполовой системы (12,7%), инфекционные болезни (9,5%), заболевания системы кровообращения (9,3%), нарушения жирового обмена (4,9%); реже - венозные осложнения (2,2%) и сахарный диабет (0,1%) (Харкевич О.Н., 2001). Большой процент экстрагенитальных заболеваний выявляется впервые во время гестации, что объясняется как повышенной нагрузкой на органы и системы беременной, так и недостатками в существующей диспансеризации девушек и женщин и подготовке их к материнству.

В настоящее время отмечается увеличение доли гестоза в структуре материнской заболеваемости и смертности, что связано с

ростом тяжелых форм гестоза и экстрагенитальной патологии женщин. Среди непосредственных причин материнской смертности гестоз занимает в Республике Беларусь второе место. Перенесенный при беременности тяжелый гестоз нередко приводит к развитию артериальной гипертензии, хронических заболеваний почек у молодых женщин, что имеет важное медицинское и социально-экономическое значение.

Для плода «сочетанный» гестоз представляет угрозу в связи с развитием плацентарной недостаточности, следствием которой являются задержка внутриутробного развития плода и его гипоксия. Последствия плацентарной недостаточности отражаются неблагоприятным образом на адаптации новорожденных, а порой и на дальнейшем физическом и психическом развитии детей. Перинатальная смертность при тяжелых формах гестоза достигает 18-30%, заболеваемость новорожденных – 640-780%.

Нами проведен ретроспективный анализ 257 историй родов пациенток с гестозом средней и тяжелой степени, родоразрешенных на базе клинического родильного дома №2 города Витебска в 1995 - 2003 годах с целью оценки роли экстрагенитальной патологии в развитии данного осложнения беременности.

Чистая форма гестоза отмечена у 64 (24,9%) женщин, сочетанная – у 193 (75,1%), что согласуется с литературными данными. Оценивая клиническое течение заболевания, установлено, что у 220 (85,6%) пациенток имел место гестоз средней степени тяжести, у 37 (14,4%) – тяжелый. Наличие классической триады Цангемейстера прослеживалось у 147 (57,2%) больных. Моносимптомные гестозы наблюдались в исследуемой группе в 5 (1,9%) случаях и были представлены артериальной гипертензией. При бисимптомном течении (40,9%) наиболее частым сочетанием явились отеки и гипертензия, протеинурия и гипертензия.

У 15 (5,9%) пациенток гестоз развивался в сроке беременности 25-28 недель, у 24 (9,3%) – в 29-30 недель, у 70 (27,2%) – в 31-33 недели, у 121 (47,1%) – в 34-36 недель и у 27 (10,5 %) – после 37 недель беременности. Все рано развившиеся гестозы выявлены у женщин с исходной фоновой экстрагенитальной патологией.

Согласно нашим данным, экстрагенитальная патология имела место у 234 (91,1%) пациенток, в том числе:

- нарушение жирового обмена – у 169 (65,8%);
- заболевания сердечно-сосудистой системы – у 113 (44,0%), в том числе артериальная гипертензия у 32, нейроциркуляторная астенция по гипертоническому типу – у 42;

- эндокринные заболевания – у 102 (39,7%), в том числе заболевания щитовидной железы у 101 и сахарный диабет у 1;

- заболевания органов мочевыделительной системы – у 62 (24,1%), в том числе хронический пиелонефрит у 60 и хронический гломерулонефрит у 2;

- заболевания желудочно-кишечного тракта – у 39 (15,2%);

- заболевания органов дыхания – у 27 (10,5%);

- заболевания ЛОР-органов – у 18 (7,0%);

- варикозная болезнь – у 7 (2,7%);

- психические заболевания – у 2 (0,8%).

В группе тяжелых гестозов все 37 женщин (100,0%) имели экстрагенитальную патологию.

Следовательно, наиболее частыми экстрагенитальными заболеваниями, на фоне которых развився гестоз, являлись: нарушение жирового обмена, заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринные заболевания и болезни органов мочевыделительной системы. Полученные нами данные согласуются с данными литературы. Савельева Г.М. и соавт. (1999) отмечают, что гестоз развивается с одинаковой частотой (85%) при ожирении, гипертонической болезни и эндокринопатиях, реже (74%) при почечной патологии и всегда (100%) при наличии у беременных нескольких экстрагенитальных заболеваний. Иванов И.И. (1999) считает, что гестоз чаще развивается при гипертонической болезни, ожирении и реже при заболеваниях почек. Ветров В.В. (1995), Кулаков В.И. и соавт. (1998), Шехтман М.М. (1999) полагают, что наиболее часто гестоз развивается на фоне пиелонефрита и гломерулонефрита, при этом в клинике преобладают симптомы почечной патологии.

Анализ данных ретроспективного исследования свидетельствует о наличии у большинства беременных с гестозом сочетанной фоновой экстрагенитальной патологии. Так, если у 66 (28,2%) женщин отмечалось одно заболевание, то у 98 (41,8%) – два заболевания, у 70 (30,0%) – три и более. Кроме того, два и более (в отдельных случаях до пяти) экстрагенитальных заболеваний выявлены у 61,8% беременных с гестозом средней степени тяжести и у 86,5% с гестозом тяжелой степени.

Для снижения риска развития гестоза у больных с экстрагенитальными заболеваниями, благополучного течения и исхода беременности и родов необходимо:

- диспансерное наблюдение и лечение девочек с болезнями внутренних органов, начиная с детского возраста;
- соблюдение преемственности в работе акушерско-педиатрически-терапевтических комплексов;
- формирование групп «резерва родов» в женских консультациях и территориальных поликлиниках; проведение прегестивной подготовки; работы по планированию семьи;
- включение в «группу риска» развития гестоза, проведение целенаправленных профилактических мероприятий;
- выявление и лечение прегестоза;
- своевременная госпитализация в родовспомогательные лечебно-профилактические учреждения II-III уровня оказания акушерско-гинекологической помощи при диагностике гестоза и других осложнений беременности;
- изменение личного отношения женщин к своему здоровью как основному фактору, обеспечивающему безопасное материнство.